

Hernies abdominales

15 ans de progrès majeurs

Jean-Luc Bouillot*

La connaissance des hernies de l'aine est très ancienne, comme en attestent des documents retrouvés dans l'ancienne Égypte, mais ce n'est qu'à la fin du XIX^e siècle que les premières réparations chirurgicales ont été décrites. Elles n'ont, au cours du siècle dernier, que peu évolué et, jusqu'au milieu des années 1980, la fermeture de l'orifice inguinal selon la technique de Shouldice (version améliorée du Bassini) était considérée comme le traitement de référence des hernies. Cette technique en effet (qui garde d'incontestables indications) est simple, utilisable partout dans le monde, peu coûteuse et générant peu de complications. Cette intervention était jugée comme un geste chirurgical mineur, réalisé par des chirurgiens de compétence variable. La contrepartie en était un taux de récurrences à distance de l'ordre de 10 %, considéré longtemps comme incompressible et source de bien de désillusions pour les médecins et leurs patients. La médiocrité de ces résultats, l'apparition de nouvelles techniques chirurgicales et le développement des outils d'évaluation en pratique médicale ont alors renouvelé l'intérêt des chirurgiens pour la pathologie pariétale qui a ainsi connu, au cours des 15 dernières années, de profonds changements.

Des congrès internationaux réunissant plusieurs

centaines de participants sont organisés régulièrement, des journaux traitant uniquement de paroi abdominale sont édités et le nombre de publications se rapportant à ce domaine a considérablement augmenté. De fait, si le taux de récurrences apparaît toujours comme l'élément pri-

mordial de jugement d'une technique, de nombreux autres éléments sont maintenant pris en compte pour apprécier au mieux le rapport coût-bénéfices : coût de la technique, modalités d'hospitalisation (conventionnelle ou ambulatoire), qualité de la prise en charge (douleur postopératoire, durée d'immobilisation ou d'arrêt de travail), qualité de vie à distance (douleurs résiduelles plus ou moins invalidantes). Les implications financières qui en découlent sont importantes, sachant que plus de

130 000 cures de hernies sont réalisées chaque année en France, dont environ 15 000 pour récurrence.

L'AVÈNEMENT DES PROTHÈSES

Dans le même temps, l'approche chirurgicale s'est modifiée grâce à l'apparition de nouvelles techniques insistant sur le concept de réparation sans tension (*tension free*), à la généralisation de la pratique de la laparoscopie, et à l'usage des prothèses pariétales qui s'est imposé.



* Service de chirurgie, unité de chirurgie générale et viscérale, L'Hôtel-Dieu, 75181 Paris Cedex 04. Mél : jl.bouillot@htd.ap-hop-paris.fr

Les techniques de herniorraphie classique imposent, pour fermer l'orifice inguinal, une suture sous tension. Celle-ci explique pour partie les douleurs postopératoires dont se plaignent certains patients, et surtout l'apparition de récurrences à distance d'autant que les tissus ainsi rapprochés sont souvent de piètre qualité. De là est née l'idée d'obturer l'orifice, non pas en le fermant, mais en le doublant d'un tissu prothétique. Les chirurgiens français avaient dès les années 1960 préconisé l'usage de prothèses de renfort pariétal, mais ce n'est qu'après le développement de la laparoscopie qui a repris ce même concept, et surtout l'apparition en provenance des États-Unis d'une technique de pose d'une prothèse superficielle, que la notion de cure sans tension s'est imposée. Cette dernière technique est en effet simple, peu douloureuse, réalisable sous anesthésie locale en ambulatoire avec un faible taux de récurrences à distance.

LA GÉNÉRALISATION DE LA LAPAROSCOPIE

La pratique de la laparoscopie n'a commencé à se répandre en chirurgie viscérale qu'à la fin des années 1980, d'abord en chirurgie biliaire, puis son utilisation s'est rapidement généralisée à l'ensemble des procédures chirurgicales. Dès le début des années 1990, les premières techniques de cure de hernie ont été décrites, obligeant les chirurgiens à redécouvrir l'anatomie et la physiologie de la région inguinale. En effet, si l'abord antérieur inguinal classique était bien connu par tous, la vision par l'intérieur était nouvelle pour la majorité d'entre eux. Elle a permis de mieux comprendre les éléments de solidité de la paroi, l'importance du fascia transversalis et les rapports anatomiques du cordon. Elle a repris à son compte la notion de cure prothétique profonde sans tension (l'usage d'une prothèse est quasi indispensable par cette technique) en y ajoutant le caractère mini-invasif de cet abord. Actuellement, selon les données du PMSI (Programme de médicalisation des systèmes d'information), 30 % environ des hernies sont opérées en France par cette technique. Ce pourcentage est nettement supérieur à celui retrouvé dans les pays anglo-saxons, sans qu'aucun élément objectif puisse expliquer une telle différence de pratique.

Dans le même temps, et peut-être en conséquence l'un de l'autre, le « marché des prothèses pariétales » s'est considérablement développé. Il y a une vingtaine d'années, seuls 2 ou 3 types de prothèses étaient disponibles, alors qu'actuellement, une vingtaine de firmes commercialise des prothèses pariétales (communément appelées « plaques »).

Celles-ci ont des propriétés très variables avec des indications et des modalités d'utilisation différentes les unes des autres. Pour certaines, l'incorporation au sein des tissus dans lesquels elle est placée est le but recherché, tandis que pour d'autres, au contraire, les caractéristiques souhaitées sont l'absence d'adhérences au contact des viscères. Ces prothèses ont longtemps eu mauvaise réputation en raison du risque largement surévalué de sepsis, à l'origine de suppurations prolongées (le classique rejet de plaque), de réinterventions. De nos jours, et sous réserve d'une technique chirurgicale correcte, le taux de sepsis sur prothèse est inférieur à 1 %.

La percée de la chirurgie ambulatoire

L'usage de ces prothèses a entraîné un changement radical dans la prise en charge de la pathologie pariétale. Dans le traitement des éventrations, l'usage des prothèses a permis de faire baisser le taux de récurrences de 30 à 50 % à moins de 5 %. En chirurgie herniaire, l'utilisation de prothèse permet une cure sans tension, autorisant une reprise rapide des activités avec un patient autonome quelques heures ou quelques jours après l'intervention sans douleur et pouvant reprendre rapidement une vie normale. Outre-Atlantique, la majorité des cures de hernie est pratiquée actuellement sur un mode ambulatoire ; la France est en retard sur cette évolution pour des raisons diverses, culturelles, mais aussi du fait d'un mode de financement différent des dépenses médicales. Il est vraisemblable que, dans les années futures, ce mode d'hospitalisation se généralisera.

ET LES HERNIES ASYMPTOMATIQUES ?

Il reste encore à préciser les indications d'une telle intervention : indiscutable en cas de hernie symptomatique ou de volumineuse éventration, elle est plus discutée en cas de petite éventration stable ou de hernie de découverte fortuite pour lesquelles certains préconisent l'abstention. Pour ma part, et sous réserve d'une technique parfaite (entraînant peu de récurrences et l'absence de douleurs séquellaires), il m'apparaît licite en l'absence de pathologie médicale sous-jacente grave de proposer une telle intervention, compte tenu du caractère évolutif de cette pathologie avec le temps.

En matière de paroi, on peut parler de progrès majeurs réalisés au cours des 15 dernières années dans la prise en charge au quotidien de cette pathologie banale, mais fréquente. Il faut souligner le rôle précurseur qu'ont joué les chirurgiens français dans cette évolution. ■